UEBER DEN VORFALL DER SCHWANGEREN GEBÄRMUTTER...

Otto Krause



Ueber den Vorfall der schwangeren Gebärmutter.

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doctorwürde
in der
Medicin und Chirurgie
vorgelegt der
Medicinischen Facultät
der
Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin
und
öffentlich zu vertheidigen
am
13. October 1875
von

Otto Krause
aus Bethanien im Oranje-Frei-Staat (Süd-Afrika).

Opponenten:

Herr Dr. med. **J. Grasnick.**
Herr Dr. med. **W. Lublinsky.**
Herr Cand. med. **A. Emmerich.**
Herr Dr. med. **K. Jkeda.**

Berlin.
Druck von A. Haack, Dorotheenstr. 55.

Seinem theuren Vater

C. J. G. KRAUSE

Arzt zu Bloemfontein im Oranje-Frei-Staat (Süd-Afrika)

in

Liebe und Dankbarkeit

gewidmet.

Ueber den Vorfall der schwangeren Gebärmutter.

Im Laufe des verflossenen Wintersemesters, als ich in der hiesigen geburtshülflichen Klinik practicirte, hatte ich Gelegenheit in der mit der Klinik verbundenen Poliklinik eine Frau zu entbinden (Seite 79), die an Prolapsus uteri litt. Bei den verhältnissmässig selten beobachteten Fällen von Prolapsus uteri gravidi dürfte es nicht unnütz sein, eine Reihe derartiger Beobachtungen mit eingehender Berücksichtigung des Verlaufs und der Therapie an dieser Stelle mitzutheilen. Der gütigen Erlaubniss des Herrn Geh. Rath Professor Dr. E. Martin, Directors der hiesigen geburtshülflichen Anstalt, verdanke ich es, die vom Juli 1869 bis zu dieser Zeit in der Klinik und Poliklinik beobachteten und noch nicht von anderer Seite veröffentlichten Fälle mit in den Bereich meiner Betrachtungen ziehen zu dürfen.

Die Beobachtung von Fällen der erwähnten Complication von Prolapsus uteri mit Schwangerschaft ist durchaus nicht neu. Bereits in den Schriften der älteren Aerzte, besonders des 17. und 18. Jahrhunderts, finden wir eine wenn auch nur geringe Anzahl von Fällen beschrieben, so z. B. von Ruysch, von Morgagni in seinem berühmten pathologisch-anatomischen Werke »De sedibus et causis

morborum«, von Deventer, Merclini, Fabricius, Müllner*, Smellie, Mauriceau, Jalouset, Ducreau, Chemin u. A. m.

Bei weitem beträchtlicher ist die Zahl der in unserem Jahrhundert gemachten und in der Literatur uns zerstreut überlieferten Beobachtungen dieses Uebels, durch deren gründliche und nach einem gewissen einheitlichen Gesichtspunkt erfolgte Zusammenstellung sich in der neueren Zeit V. Hüter kein geringes Verdienst um die Klarlegung dieses Gegenstandes erworben hat. Dieser hat im XVI. Bande der Monatsschrift für Geburtskunde die Literatur bis zum Jahre 1860 im Zusammenhang veröffentlicht. Späterhin hat M. Litten in seiner »Ueber den Vorfall der schwangeren Gebärmutter« betitelten Inauguraldissertation, Berlin, 29. Juli 1869, die bis dahin wieder in der Literatur vorhanden gewesenen Fälle mitgetheilt, ganz besonders aber die in der hiesigen Klinik vom Jahre 1859—69 gemachten und genau aufgezeichneten Beobachtungen mit veröffentlicht.

Man unterscheidet verschiedene Grade dieses Uebels, je nachdem der Uterus mehr oder weniger herabgetreten ist, nämlich:

I. Descensus uteri, eine blosse Senkung des Uterus.

II. Prolapsus uteri, Gebärmuttervorfall.

Dieser zerfällt in:

1) Prolapsus uteri incompletus, unvollkommener Gebärmuttervorfall.
2) Prolapsus uteri completus, vollkommener Gebärmuttervorfall.

Bei beiden Zuständen, sowohl beim Descensus als auch beim Prolapsus uteri, findet eine wirkliche Lageveränderung der Gebärmutter statt. Es hat freilich einige Autoren gegeben, die behauptet haben, der Uterus hätte üherhaupt keine bestimmte Lage im Becken, es ist dies aber zur

*) Cf. Richter's bibliotheca chirurgica Band I., Stück 4, Seite 172.

Genüge von E. Martin*) widerlegt worden. Dieser hat nachgewiesen, »dass bei der grossen Mehrzahl der gesunden, erwachsenen, nicht schwangeren Frauen bei aufrechtem Stehen, wie bei horizontaler Rücken- und Seitenlage, der Scheidentheil gegen den Damm gerichtet ist, und dass weder davor noch dahinter vorspringend der Mutterkörper durch das Scheidengewölbe mit dem untersuchenden Finger gefühlt wird. Bei schlaffen, dünnen Bauchdecken findet man mittelst der combinirten inneren und äusseren Exploration den Muttergrund in der Regel etwas nach vorn gerichtet.«

Unter Descensus uteri verstehen wir nun den Zustand, bei welchem zwar eine Senkung des Uterus nach unten stattfindet, aber nur so, dass kein Theil desselben in der Rimae sichtbar wird. Schon normal finden wir im zweiten Monat der Gravidität ein Tiefertreten des Uterus, und es kommt auch vor, dass man bei Erstgebärenden bei günstigen Beckenverhältnissen am Ende der Schwangerschaft das untere Uterinsegment unmittelbar hinter dem Introitus vaginae findet.

Erscheint ein Theil des Uterus vor der Rimae, so nennen wir dies Prolapsus uteri. Wir sprechen von Prolapsus uteri incompletus, wenn ein grösserer oder geringerer Theil des Uterus, nicht aber der ganze, vor den äusseren Genitalien liegt. Unter Prolapsus uteri completus würden wir den Zustand verstehen, wobei der ganze Uterus, auch sein Fundus, den Scheidenausgang verlassen hätte. Dieses kommt schon bei Prolapsus uteri non gravidi ausserordentlich selten vor, etwa in 2 pCt. der Fälle; wenigstens fand ich unter 199 Fällen von Prolapsus uteri bei nicht Schwangeren, die in der hiesigen gynäkologischen Poliklinik und in der gynäkologischen Abtheilung des Herrn Geh. Rath E. Martin in

---

*) Cf. Die Neigungen und Beugungen der Gebärmutter nach vorn und hinten. Berlin. 2. Auflage. Seite 3.

der Charité vom Juli 1869 bis Juli 1875 zur Beobachtung kamen, nur 4 Fälle von Prolapsus uteri completus. Es sind übrigens über den Prolapsus uteri gravidi completus noch keine sicheren Beobachtungen gemacht worden, auch unter den in der hiesigen Anstalt beobachteten Fällen findet sich keiner. Nur von dem Italiener Antonio Mercogliano sind im August 1832 in den Annali universali di medicina 2 Fälle mitgetheilt worden, bei denen der ganze Uterus, auch sein Fundus, während der ganzen Schwangerschaft vor den äusseren Genitalien gelegen haben soll, und beide Kinder sollen sogar lebend zur Welt gekommen sein.

In Bezug auf diesen Punkt sagt Gusserow*): »Wenn man annehmen wollte, dass ein Uterus in den ersten Monaten der Schwangerschaft gänzlich prolabire und sich dann ausserhalb des Beckens weiter entwickelt, so ist dies unmöglich; denn die Scheide kann sich nicht so colossal erweitern, dass der hochschwangere Uterus in ihrer Ausstülpung liegen könne, und es muss demnach der Uterus, wie dies meist auch dann geschieht, sich in das Becken zurückziehen mit dem weiteren Vorschreiten der Schwangerschaft, oder es kommt zum Abortus.«

Der Descensus und Prolapsus uteri, wie wir ihn eben beschrieben haben, ist aber nicht mit der Hypertrophie und Verlängerung der Gebärmutter zu verwechseln, wobei ebenfalls ein Descensus oder Prolapsus zu Stande kommen kann. Der Fundus uteri kann dabei nicht nur keine Senkung erfahren, sondern er steigt sogar, den Erhebungen der betreffenden Schwangerschaftszeit folgend, in die Höhe. Diese Erscheinung hat manche Autoren, z. B. Huguier, zu der durchaus einseitigen Meinung veranlasst, als ob überhaupt die Existenz eines Prolapsus uteri *κατ᾽ ἐξοχήν* zu läugnen und jeder Gebärmuttervorfall auf Hypertrophie und Ver-

*) Monatsschrift für Geburtskunde u. Frauenkrankheiten. Band XX. Seite 105.

längerung des ganzen Uterus oder eines Theils desselben, der Portio vaginalis, zu reduciren sei.

Hierüber sagt E. Martin*): »Ohne Zweifel geht Huguier zu weit, wenn er die häufigste, fast ausschliessliche Ursache des Gebärmuttervorfalls in der Verlängerung des Uterus erblickt, denn es giebt viele Verlängerungen des Uterus, ohne dass derselbe herabgesunken ist und andererseits viele Vorfälle, bei welchen die Gebärmutter mit ihrem Grunde in der That mehr oder weniger tief, wenn auch nur selten bis zum Scheidenausgang herabgetreten und dabei entweder gar nicht oder nur wenig verlängert ist, wie schon die nach Präparaten gefertigten Abbildungen von Dr. Froriep (Chirurg. Kupfertafeln, 388 und 416) **) beweisen und in mehreren klinischen Fällen von mir constatirt wurde.«

Als ätiologische Momente werden uns von den verschiedensten Beobachtern mannigfaltige und zahlreiche Umstände angegeben, zu deren übersichtlichen Klassificirung wir gut thun, zu unterscheiden, ob der

Prolapsus oder Descensus uteri bereits vor Eintritt der Gravidität bestand, oder

ob derselbe erst während der Schwangerschaft entstand.

Unter 10 Fällen dieses Uebels, die in der hiesigen Anstalt vom Juli 1869 bis jetzt beobachtet wurden, bestand es 6 Mal schon vor Eintritt der Gravidität und nur 4 Mal nahm es seine Entstehung erst während derselben. Auch unter Litten's Fällen finden wir, dass die Mehrzahl, 51 Fälle, zu der ersten Klasse und nur 40 zur zweiten gehören.

*) M. f. G. u. s. w. Band XX. Seite 204.

**) Vergl. E. Martin, Handatlas der Gynäkologie und Geburtshülfe, Berlin 1862. Taf. 39.

Die grosse Anzahl derjenigen Verhältnisse, welche auch beim Uterus non gravidus den Descensus oder Prolapsus hervorrufen können, sind als ausserhalb des Bereiches unserer Arbeit stehend eigentlich sofort auszuscheiden, wir wollen sie aber dennoch kurz erwähnen.

Solche Ursachen sind: Erschütterungen des Körpers, ein Fall, wie ich dies einmal sah, das Reiten der Frauen nach Art der Männer, ein auffallend wenig ausgehöhltes Kreuzbein bei Frauen, die in der Kindheit an Rachitis gelitten haben (E. Martin), zu starkes Schnüren, Geschwülste im Becken u. s. w. In einem unserer Fälle fand ich schweres Heben als ursächliches Moment angegeben. Schon daraus, dass die Frauen der arbeitenden Klasse so viel häufiger an Vorfällen leiden, als vornehme Damen, geht hervor, dass schwere Arbeit, insbesondere Heben und Tragen dazu disponirt.

Ganz besonders aber begünstigt das Wochenbett dieses Uebel, namentlich wenn die Frauen bald nachher viel stehen oder schwere Arbeit verrichten. Unter unseren Fällen findet man das Leiden 4 Mal post partum entstehend, drei Mal nach der ersten und einmal nach der zweiten Entbindung. Auch L. Heftler*) fand in seiner Zusammenstellung aus den ausserordentlich exact geführten Büchern der hiesigen Klinik unter 80 Fällen von Prolapsus uteri nicht weniger als 44, die nach der Entbindung entstanden waren, und zwar 10 Mal nach schweren und 34 Mal nach leichten Geburten. Hiervon waren 22 nach der ersten, 9 nach der zweiten und nur 6 nach der dritten Entbindung entstanden.

Aus diesen Zahlen geht wohl hervor, dass die Meinung Beigels**), »dass der Prolapsus namentlich bei Frauen vorkommt, welche häufig und rasch hintereinander geboren

*) Dissertation in Berlin 7. Aug. 1875: „Ueber den Vorfall der Scheide und der Gebärmutter."

**) Die Krankheiten des weiblichen Geschlechts. Band II., Hälfte 1 Seite 282.

haben«, nicht ganz richtig ist. Die rasche Aufeinanderfolge der Geburten mag wohl nur zur Vergrösserung des schon bestehenden Vorfalls beitragen.

Auch Dammrisse *) sollen den Vorfall begünstigen, namentlich wenn dadurch eine Rectocele **) entsteht. Vergleicht man aber die Häufigkeit des Dammrisses mit der Seltenheit des Vorfalls, so ergiebt sich, dass die früheren Angaben hierüber etwas übertrieben sind. Unter Fällen von Prolapsus uteri findet man überhaupt selten denselben nach Dammrissen; unter unseren Fällen findet sich keiner; Heftler findet unter seinen 80 Fällen 8 und unter Litten's finde ich nur 3. —

Was nun aber die Ursachen betrifft, die beim Uterus gravidus den Descensus oder Prolapsus hervorzurufen vermögen, so können wir zunächst die Gravidität selbst als veranlassendes Moment anführen. Es hat die durch die Schwangerschaft vermehrte Schwere des Uterus eine Erschlaffung, eine Verlängerung aller Theile, die zur Befestigung desselben in seiner Lage beitragen, zur Folge, besonders aber eine Laxität der Bänder, der Ligamenta sacrouterina und pubo-vesico-uterina. Erwähnen wir nun noch den Umstand, dass dem Beckenboden mit allen seinen aufgelockerten Theilen der natürliche Halt fehlt, so ist leicht einzusehen, warum gerade die Schwangerschaft so leicht die Veranlassung zu Senkungen und Vorfällen abgeben kann.

Weite Becken sollen ebenfalls den Prolapsus des graviden Uterus begünstigen, wenigstens existiren darüber einige Beobachtungen, z. B. von Nägele. V. Hüter führt als begünstigendes Moment Erweiterung der Rima vulvae an, namentlich wenn solche durch eine schlecht vernarbte

*) Cf. Schmidt's Jahrbücher der Medicin. Band 148. Aufsatz des Dr. Alexander Milne: „Ueber die Beziehung zwischen Dammrisse und Gebärmuttervorfall."

**) Daselbst Band 149. Charles Gibron: „Ueber Ursachen und Heilung des Gebärmuttervorfalls."

Perinealruptur entstanden ist. Ich selbst finde in einem meiner Fälle anstrengendes Waschen, in einem anderen einen heftigen Schritt als Ursache besonders hervorgehoben. —

Was die Zeit betrifft, in der der Vorfall des schwangeren Uterus entstehen kann, so meint Fritsch*), ein wirklicher Vorfall der graviden Gebärmutter sei nur bis zum 3. oder 4. Monate möglich, in späterer Zeit aber undenkbar. Aus der Literatur lassen sich aber Fälle nachweisen, bei denen der Prolapsus auch noch nach dieser Zeit bestanden hat. So beschreibt Prof. Alois Valenta**) einen Fall, den er in Laibach am 4. Mai 1868 beobachtete, wo im 6. Monate der Gravidität eine kindskopfgrosse Geschwulst, die vollkommen umgestülpte Scheide mit dem unteren Uterinsegment und der um das doppelte verlängerten Portio, vor den äusseren Genitalien lag; er reponirte, die Schwangerschaft erreichte ihr normales Ende und die Geburt verlief ohne Kunsthülfe.

Auch unter unseren Fällen befindet sich einer, bei welchem der Prolaps sogar noch im 7. Monate und 3 Fälle, bei denen er im 5., zweimal sogar mit Retroflexion, bestand.

Sogar noch am Ende der Schwangerschaft, während der Geburt, kann ein Prolapsus uteri entstehen oder wieder hervortreten, was unser auf der Seite 90 veröffentlichte Fall beweist; er entsteht dann meistens durch colossale Anstrengung der Bauchpresse. Ein blosser Descensus ist während der Geburt gar nicht selten und würde, besonders wenn eine Rigidität des Muttermundes besteht, ohne richtige Behandlung leicht in einen Vorfall übergehen können. — Auch die vorzeitige Application des Forceps bei hochstehendem Kopfe, bei noch nicht völlig erfolgter Erweiterung und Verstreichung des Muttermundes kann durch tiefe Herab-

---

*) H. Fritsch, Klinik der alltäglichen geburtshülflichen Operationen. Halle a. S. 1875, Seite 206.

**) Schmidt, Jahrbücher d. M. 1871. Band 150, S. 175.

ziehung des Uterus Prolaps hervorrufen, der vielleicht noch mehr durch etwaige in den Muttermund dringende Einrisse begünstigt wird.

Die Veränderungen, die die vorgefallenen Theile erleiden, sind verschieden, je nach dem Grade und der Dauer des Uebels. Besteht der Vorfall länger, dann findet man die vorliegenden Theile trocken, mit Pflasterepithel bedeckt und die Scheide kann dadurch, wie wir 2 Mal dies unter unseren Fällen sehen, mehr das Aussehen der äusseren Haut bekommen.

Der eine dieser Fälle betraf die 23 Jahre alte, aus Schlesien gebürtige Frau Fr. T . . .*). Sie war als Kind gesund, mit dem 13. Jahre regelmässig menstruirt, nur im 17. Jahre unregelmässig aussetzend. Vor 2 Jahren hat sie einmal geboren und zwar leicht. Die Patientin, die jetzt $3^1/_2$ Monat schwanger sein will, klagt über Scheidensenkung, die seit einem Monate eingetreten ist, und über Stuhlverstopfung.

Als die Frau am 3. September 1872 nach der ambulanten Klinik kam, fanden sich die Inguinaldrüsen rechts leicht geschwollen. Vor den äusseren Genitalien sieht man einen mehr als citronengrossen Vorfall; die vordere und die hintere Scheidenwand und der schwangere Uterus sind prolabirt.

Die hautartige, verdickte Schleimhaut der vorderen Scheidenwand ist nicht bläulich tingirt, dagegen ist die Schleimhaut der hinteren Wand, die die Schleimhautartigkeit bewahrt hat, deutlich bläulich tingirt. Im hinteren Scheidengewölbe ist die verdickte Gebärmutter zu verfolgen. Die Muttermundslippen klaffen, sind etwas ectropirt und erodirt. Es wurde reponirt und der Frau die Ruhe anempfohlen.

10. September. Bei ruhiger Lage ist der Vorfall nicht wieder hervorgetreten. Heute erscheint auch die vordere Scheidenwand bläulich tingirt; die Muttermundslippen sind verdickt; Uteringeräusch ist nur schwer hörbar.

17. September. Die verdickten Muttermundslippen liegen wiederum ausserhalb der Rima pud. und lassen sich nicht völlig reponiren. Hinter der Portio ist das hintere Scheidengewölbe völlig ausgefüllt durch eine elastische Resistenz, die auch vom Rectum aus con-

*) Journal der ambulanten Klinik. XXVI. Seite 89.

statirt und als hintere Gebärmutterwand angesprochen wird. Nach der Reposition, die per Rectum vorgenommen wurde, erscheint der Fundus uteri circa handbreit über der Symphyse nachweisbar, während vorher nur 2 Querfinger über dem Schamfugenrand Dämpfung bestanden hatte. Der zuerst retroflectirt gewesene Uterus steht danach jetzt mässig antevertirt.

Es wurde der Frau gerathen, zu Hause die Seiten- oder Bauchlage zu beobachten.

1. October. Die Patientin will seit 8 Tagen Kindsbewegungen verspüren. Der Fundus uteri steht 3 Querfinger breit unter dem Nabel, Herztöne sind links neben der Linea alba laut und deutlich zu hören. In den grossen Schamlippen befinden sich Varicen. Da die Frau besonders über Fluor albus klagt, wurden ihr Einspritzungen von Zincum sulf. verordnet.

Am 5. November 1872 treffen wir die Frau zum letzten Mal in der Klinik. Sie befand sich vollkommen wohl, die Gravidität schritt weiter fort.

In höheren Graden und bei veralteten Fällen entstehen durch das Reiben der Schenkel und Kleidungsstücke, durch Berührung mit Harn u. s. w., Entzündungen und Anschwellungen der vorgefallenen Theile, Pruritus vaginalis, auch Absonderung von reichlichem glasigem Schleim im Mutterhalskanal (Scanzoni). Auch Excoriationen, Erosionen und Ulcerationen des Scheidentheils und der Scheide entstehen dadurch, wie ich es 4 Mal fand.

Einer dieser Fälle ist folgender: Frau Schr. . . . . *), aus Lieben gebürtig, 38 Jahre alt, will als Kind gesund gewesen sein; mit dem 18. Jahre ist sie menstruirt, regelmässig, aber unter kampfhaften Schmerzen, die am 4. letzten Tage recrudescirten. Sie gebar 4 Mal leicht, zuletzt vor 2 Jahren, abortirte 3 Mal, zuletzt im 2. Monate. Schon während der früheren Schwangerschaften, die alljährlich erfolgten, will Patientin das Gefühl des Herabtretens der Genitalien gehabt haben. Jetzt glaubt sie, im 2. Monate der Gravidität zu sein. Es sind ihr wiederholt Stücke abgegangen, dabei hat der Vorfall stark zugenommen, so dass sie nicht gehen kann. Der Stuhlgang ist regelmässig.

Am 5. April 1873 kam sie nach der ambul. Klinik. Der Leib war weich und unempfindlich. Aus der Rima ragt faustgross ein Pferdepenisähnlicher Tumor hervor; die Harnblase ist 6 Ctm. weit

*) Journal der ambul. Klinik XXVIII. Seite 168.

dabei betheiligt. An der vorderen Fläche sieht man noch den Unterschied zwischen Vaginalschleimhaut und der Portio; letztere ist ein 6 Ctm. im Durchmesser haltender Zapfen, dessen infravaginaler Theil $1^1/_2$ Ctm. lang ist, dessen supravaginaler Theil etwas mehr als Daumesstärke hat. Die untere Fläche der Portio ist eine glatt abgeschnittene von schlaffen Granulationen bedeckte Wundfläche.

Die hintere Vaginalwand ist $5^1/_2$ Ctm. lang, dahinter fühlt man den Uteruskörper. — Es wurden sanfte Repositionsversuche gemacht, nach welchen der Fundus uteri 3 Querfinger über der Symphyse erscheint. Die Wundflächen wurden mit Cupr. sulf. cauterisirt und der Frau gerathen, sich ruhig zu Hause hinzulegen.

12. April. Die Patientin hat nur kurze Zeit hindurch die ruhige Lage eingehalten. Der Uteruskörper ist nicht wieder hervorgesunken. Die bläuliche Färbung der Genitalien hat zugenommen, die lebhaften Schwangerschaftsbeschwerden haben nachgelassen. Im Speculum erscheint die wohl zurückgebildete Portio ohne Erosionen, glatt und von bläulicher Färbung. Der Uteruskörper ist im vorderen Gewölbe vergrössert zu erkennen.

19. April. Die Frau hat sich ganz wohl befunden bis zum 16., wo in Folge eines heftigen Schrittes der Vorfall wieder allmählich hervortrat. Heute der erste Status. — Es wurde reponirt, mit Cupr. sulf. cauterisirt und die ruhige Lage zu Hause gerathen.

Am 26. April kam die Frau zum letzten Mal zur ambul. Klinik. Der Vorfall ist nicht wieder vorgetreten. Den Uterus fühlt man 2 Querfinger über der Schamfuge. Die Portio ist sehr dick; der Muttermund klafft; die bläuliche Färbung ist ausgesprochen.

Das Gewebe des Uterus kann hypertrophiren. Die Substanz der Portio kann derb und gefässreich werden, während die Schleimhaut im Kanal mit kleinen polypösen Verlängerungen versehen wird. Im Uebrigen wird das Gewebe der Portio vaginalis entweder einfach hypertrophisch oder es nimmt den Charakter der chronischen Induration an. Während der Schwangerschaft ist zuweilen die Verlängerung des Scheidentheils mehr ein Oedem als eine Gewebshypertrophie. Bisweilen hypertrophiren nur die Muttermundslippen und ist hier besonders häufig die vordere*) hypertrophirt und verlängert. Nur selten kommt die Hypertrophie

*) Vergl. E. Martin in d. M. f. G. 1862.

mit Induration der Muttermundslippen vor, wobei diese dick werden und mit einem lederartigen Ueberzuge bekleidet sind.

Die Symptome sind je nach den Verhältnissen und dem Grade des bestehenden Uebels verschieden. Drei Mal klagten unter unseren 10 Fällen die Frauen über Schmerzen im Unterleibe und 2 Mal über das Gefühl von Drängen. Auch öfterer Drang zum Stuhlgang und Harnen kommt vor. In 2 Fällen bestand Stuhlverstopfung und in dreien Harnverhaltung. Zuweilen haben die Frauen das Gefühl des Herabtretens der Genitalien. Beim Gehen, bei körperlichen Anstrengungen nehmen die Beschwerden zu, bei fortgesetzter horizontaler Lage auf dem Rücken ab, ja sie verschwinden zuweilen gänzlich. Bei plötzlich entstandenem Prolapsus soll selbst Fieber*) vorhanden sein. Beschwerliches Gehen fand ich einmal.

Es wird aber einem Jedem einleuchten, dass diese Symptome von relativ geringem Werth sind, da sie ja eben so gut bei Prolapsus vaginae und anderen Zuständen mehr vorkommen können.

In der Regel ist die Diagnose nicht schwer, zuweilen macht sie aber Schwierigkeiten der vielen Organe wegen, die vor der Rima vulvae liegen können. Man darf sie als gesichert betrachten, sobald es gelingt an dem unteren Theil der hervorragenden Geschwulst das Orificium externum uteri nachzuweisen. Auch der Umstand, dass nach stärkerer Thätigkeit der Bauchpresse die betreffende Geschwulst deutlicher hervortritt, dürfte wohl mit für Prolapsus uteri sprechen.

Wohl zu unterscheiden ist die Hypertrophie des Cervix von ödematöser Verlängerung des Collum und zwar durch

---

*) Cf. O. v. Franqué: „Der Vorfall der Gebärmutter in anatomischer und klinischer Beziehung.“ Würzburg 1860.

die ausserordentliche Weichheit desselben, durch die schnelle und leicht ausführbare Reduction auf normale Dimensionen, wie wir dies in einem unserer Fälle sehen, und durch das Bestehen von Schwangerschaft.*)

Hier, wo wir von dem Prolapsus des graviden Uterus sprechen, ist auch vor allen Dingen auf die Grösse des Uterus, den Stand des Fundus, auf das Uteringeräusch, die Herztöne, die bläuliche Färbung der Portio und der Vagina zu achten.

Bei der differentiellen Diagnose hat man besonders darauf zu achten, dass man den Prolapsus uteri nicht verwechselt mit Prol. vaginae, Rectocele und Cystocele, Inversio uteri, Polypen und Herniae vaginales oder, wie es nach Goelicke vorgekommen sein soll, mit Molenschwangerschaft.

Der Verlauf der Schwangerschaft und Geburt bei Descensus und Prolapsus ist höchst mannigfaltig.

Der Descensus uteri der ersten Monate kann, was zuweilen geschieht, in einen Prolapsus uteri übergehen. — Hierbei kann als Complication hinzutreten, oder bestand schon, ein Descensus oder Prol. vaginae. Am häufigsten ist die vordere Scheidenwand vorgefallen, unter unseren 10 Fällen 7 Mal, weniger häufig die hintere, was ich 5 Mal fand. Sehr selten ist die ganze Scheide umgestülpt. Auf Seite 12 theilte ich bereits einen von Prof. Alois Valenta beschriebenen Fall mit, bei dem dieses stattfand. Auch ich hatte Gelegenheit einen solchen Fall zu beobachten, freilich unter der Geburt, bei dem das untere prolabirte Uterinsegment von der vorgefallenen Scheide vollständig ringförmig umgeben wurde; derselbe findet sich auf Seite 36

*) cf. Schmidt's Jahrbücher 1873.

genauer beschrieben. Mit dem Prol. vaginae kann eine Cystocele oder Rectocele entstehen; erstere fand ich 3 Mal, letztere 2 Mal angegeben.

Unter diesen Umständen besteht häufig eine Hypertrophie und Verlängerung*) der Portio vaginalis und diese kann entweder von Auflockerung oder Induration begleitet sein. Eine einfache Hypertrophie mit Auflockerung des Gewebes finden wir besonders dann, wenn dieselbe schon vor Eintritt der Gravidität bestand, wie sie Virchow**) als Prolapsus sine descensu beschreibt. Doch auch während der Gravidität kann sie entstehen und ist dies dann mehr ein Oedem als eine Gewebshypertrophie. Einmal fand ich ihre Entstehung nach Endometritis colli, in 2 anderen Fällen waren Stauungen in den Organen des kleinen Beckens als ursächliches Moment anzusehen. Auch Litten hat einige hierher gehörige Fälle mitgetheilt.

Unter unseren Fällen finden sich 4, bei denen die Portio verlängert war; der eine davon ist folgender:

Frau G. . . . ***) kräftig gebaut, 25 Jahre alt, war als Kind gesund und ist seit dem 17. Jahre regelmässig menstruirt. Sie gebar einmal vor 2 Jahren leicht, war im Wochenbett gesund. — Die Regel war regelmässig bis vor 14 Wochen. Patientin giebt an, dass sich vor 1½ Wochen, unter Zunahme des Fluor und der Hartleibigkeit, ein Vorfall eingefunden hat. Seitdem haben die Schmerzen, die vorher lebhaft waren, nachgelassen.

Bei der Untersuchung am 26. September 1873 fand man die Scheide weit, aus der Rima sieht die leicht bläulich gefärbte, aufgelockerte Portio hervor. Das Collum ist beträchtlich verlängert, in Folge einer Endometritis colli. Das Scheidengewölbe ist erhalten. Der herabgesunkene Uteruskörper ist entsprechend dem

---

*) Ausführliche Mittheilungen hierüber finden sich in der, mit Benutzung des klinischen Materials hiesiger Anstalt geschriebenen Inaugural-Dissertation von G. Radecke: „Ueber die Verlängerung des Scheidentheils." Berlin, Juli 1868.

**) Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtskunde. Berlin 1847, Seite 205.

***) Journal d. ambul. Klinik. XXX. Seite 224.

IV. Monate der Schwangerschaft vergrössert und füllt das kleine Becken aus.

Die Reposition wurde gemacht und ein Hodge'sches Pessarium auf 6 Wochen eingelegt, wonach der Prolaps nicht wieder hervortrat.

Ob die Hypertrophie und Verlängerung der Portio schon vor Eintritt der Scheidensenkung bestand, oder ob sie erst in Folge einer Zerrung, gewöhnlich ausgeübt von der vorderen Scheidenwand und einer Cystocele, seltener von einer Entero- oder Rectocele, entstanden ist, ist selten mit Sicherheit zu entscheiden.

Doch nicht die ganze Portio braucht hypertrophirt und verlängert zu sein, sondern selbst ein Theil derselben z. B. die Muttermundslippen, deren Verlängerung Virchow eine „rüsselförmige“ nennt. Besonders häufig ist hier die vordere Lippe verlängert, „verdickt von verschiedener Festigkeit und tritt dann als unförmige Wulst in oder vor die äussere Scham“ (E. Martin).*

Zweimal findet sich unter den uns zur Verfügung stehenden Fällen eine Verdickung der Muttermundslippen. Die Hypertrophie**) derselben, von Induration begleitet, kommt selten vor, worauf schon C. Meyer wiederholt aufmerksam gemacht hat; sie sind dann unnachgiebig und von einem lederartigen Ueberzuge bekleidet. Nur einmal hatte ich unter unseren Fällen Gelegenheit, dies zu beobachten und hier waren die Lippen derb, hart und unnachgiebig.

Den einen Fall von Verdickung der Muttermundslippen, der dadurch von ganz besonderem Interesse ist, dass er im V. Monate der Schwangerschaft noch mit einer Retroflexio uteri verbunden war, lasse ich hier folgen:

Frau Schl. . . .***) aus Teltow gebürtig, 40 Jahre alt, war als Kind gesund und ist mit dem 14. Jahre menstruirt, anfangs unregelmässig. Vor 10 Jahren gebar sie einmal spontan; das Wochenbett war normal. Nach der Entbindung bemerkte Patientin einen Vorfall und trug

*) M. f. G. Band XX. Seite 205.

**) cf. daselbst Band XXI. Seite 106.

***) Journal d. ambul. Klinik XXXVI. Seite 265.

dagegen 2 Jahre lang einen Kranz. Im Frühjahre 1874 abortirte sie im 2. Monate. — Die letzte Regel trat im November auf. Seit 4 Wochen bestehen Schmerzen nach schwerem Heben und in der letzten Zeit Stuhlverstopfung. In den letzten 8 Tagen war 2 Mal eine Harnverhaltung da, welche die Application des Catheters erforderte.

Am 20. Februar 1875 kam Patientin nach der ambul. Klinik. Aus dem Scheideneingang ragt eine Wulst von 4 Ctm. Breite hervor. Der verdickte Muttermund ist ein wenig erodirt. Das hintere Scheidengewölbe steht 6,3 Ctm., durch dasselbe fühlt man das Corpus uteri retroflectirt. Es besteht hier ein Prol. vaginae ant. und eine Cystocele, ein Prol. uteri und eine Retroflexio uteri gravidi-mens. V. — Die Reposition gelang leicht und wurde die Frau zur Beobachtung nach der Charité*) geschickt. Hier fand man am 24. Februar: Die Scheidenwandungen sind uneben anzufühlen; die Portio steht weit nach der Kreuzbeinaushöhlung, davor das Corpus uteri fühlbar. Der Fundus uteri ist zwischen Symphyse und Nabel deutlich zu palpiren.

Neuerdings hat E. Martin**) die Aufmerksamkeit auf eine Affection gelenkt, die er Eversio uteri nennt, eine Umstülpung der Muttermundslippen. Die eigentliche Ursache hierzu ist eine eigenthümliche Schwellung der Schleimhaut des Mutterhalskanals, welche dann hervorgetrieben eine penisartige Verlängerung bildet und einen wirklichen Prolapsus des Cervix uteri verursachen kann. Ich hatte Gelegenheit, während des vorigen Wintersemesters zwei in der hiesigen Charitéklinik des Herrn Geh.-Rath E. Martin vorgestellte derartige Fälle zu sehen. Als Beleg für diese Affection mag ein Fall, der im April 1872 in der ambul. Klinik hiesiger Anstalt bei einer Gravida beobachtet worden ist, ausführlicher an dieser Stelle abgehandelt werden.

Es handelte sich um eine 26jährige, aus Berlin gebürtige Frau F. . . .***) die als Kind gesund gewesen sein will. Mit dem 14. Jahre bekam sie ihre Regel, die stets mässig schmerzhaft war. Sie gebar 2 Mal, zuletzt am 12. October 1870; das Wochenbett war normal; die Regel kehrte rechtzeitig wieder. — Seit der letzten Entbindung soll eine allmählig zunehmende Senkung eingetreten sein. Die letzte Regel hat sie im December 1871 gehabt.

*) Journal d. Charité XV. Seite 105.

**) cf. M. f. G. Band XXXIV. Seite 322—334.

***) Journal d. ambul. Klinik XXIV. Seite 258.

Am 27. April 1872 kam Patientin nach der ambul. Klinik. Zwischen den Beinen sah man eine 5 Ctm. lange, derbe Wulst hervorragen, an deren unterem Ende sich die evertirten Muttermundslippen, die einige Erosionen haben, befinden. Die Einführung der Sonde durch die Harnblase ergiebt keine Cystocele. Das hintere Scheidengewölbe ist 4,5 Ctm. über dem Damm. Der Muttergrund steht kaum handbreit über der Schamfuge. Es besteht demnach hier ein Prol. uteri gravidi cum eversione et erosione labiorum orificii uteri.

Die Enthaltung von anstrengenden Arbeiten und Umschläge von Aq. plumbi (so lange der Vorfall bestand) genügten, um in kurzer Zeit den Prolaps zurückzubilden, denn schon am 4. Mai 1872 war die Portio fast bis zur normalen Höhe emporgestiegen und der Fundus uteri stand mehr als handbreit über der Symphyse.

Nach dieser Abschweifung kehren wir wieder zur Betrachtung des Verlaufs zurück.

Wir hatten gesehen, dass der Descensus in einen Prolapsus uteri übergehen kann. Gewöhnlich steigt nun aber in der letzten Hälfte der Schwangerschaft der Uterus durch seine Volumens-Zunahme bald von der Becken- in die Bauchhöhle empor und so ziehen sich die etwa vorher tiefer stehenden oder aus der Rima hervorragenden Theile der Scheide und des Uterus zurück, eine Thatsache, die manche Aerzte*) sogar nicht ohne Erfolg zur zeitweiligen Beseitigung des Leidens auszubeuten versuchten, indem sie den an Prolapsus leidenden Frauen riethen, sich schwängern zu lassen.

Einen Fall, bei dem der Prolaps erst im V. Monate spontan sich zurückbildete, habe ich so eben Seite 19 mitgetheilt. In einem anderen Falle aus dem 5. Schwangerschaftsmonate erschien der Vorfall nach einmaliger Reposition nicht wieder, während er in einem dritten 2 Mal reponirt werden musste; ebenso trat aus dem 4. Monate der Gravidität in 2 Fällen nach einmaliger Reposition derselbe nicht wieder hervor, in einem dritten Falle kehrte er wieder, verschwand aber nach ruhiger Seitenlage. In einem Falle aus dem 4. Monate musste 2 Mal reponirt werden.

---

*) cf. M. Litten Seite 12.

Ziehen sich die prolabirten Theile nicht zurück oder gelingt die Reposition nicht, so kann eine Stauungshyperämie eintreten, die leicht zerreisslichen Decidualgefässe werden gesprengt, und es tritt als nothwendige Folge Abortus oder Frühgeburt ein. Dies sehen wir in der That in zwar nicht häufigen, namentlich viel seltneren Fällen, als man annehmen möchte und als Levret angegeben hat, erfolgen, was zur Genüge durch die statistischen Zusammenstellungen von V. Hüter und M. Litten festgestellt ist.

Unter unseren Fällen erfolgte nur 2 Mal die vorzeitige Niederkunft der Frauen, das eine Mal im V., das andere im VII. Monate der Gravidität.

Der prolabirte, häufig retrovertirt liegende Uterus kann leicht bei weiterem Wachsthum in Retroflexion übergehen und er kann, wenn er nicht reponirt wird, eingekeilt werden und Incarcerations-Erscheinungen auftreten. Unter unseren Fällen beobachteten wir 3 Mal eine Retroflexio uteri gravidi, die mit Prolapsus uteri verbunden war. Zwei dieser Fälle, bei denen die Retroflexio et Prolapsus uteri gravidi sogar im 5. Monate der Schwangerschaft bestanden, finden sich bereits auf Seite 13 und 19 beschrieben, der dritte zeigte sich in folgender Weise:

Am 3. December 1874 kam eine 31 Jahre alte Frau R . . .*) nach der ambul. Klinik, die sich im IV. Monate der Schwangerschaft befand. Sie will als Kind gesund gewesen sein und ist mit dem 18. Jahre zum ersten Male menstruirt, von da an regelmässig, jedesmal reichlich, mit Leibschmerzen. Sie hat noch nicht geboren. Vor 10 Jahren bekam sie durch schweres Heben einen Prolaps. — Am 2. September hat sie ihre letzte Regel gehabt. — Seit einigen Tagen leidet die Frau an Urinbeschwerden und gestern trat vollkommene Harnverhaltung mit Schmerzen ein, die die Anwendung des Catheters nöthig machte. Man fand in der Klinik oberhalb der Symphyse einen Tumor. Aus der Rima sieht die verdickte, bläulichroth gefärbte Portio, deren vaginaler Theil verlängert erscheint, hervor. Man fühlt den Gebärmutterkörper im hinteren Scheidengewölbe. — Durch den Catheter werden 850 Cctm. Harn entleert; es lässt sich nun die Portio mit

*) Journal d. ambul. Klinik XXXVI.

grosser Leichtigkeit in die Scheide zurückbringen, und man fühlt jetzt den Fundus uteri einige Querfinger breit über der Schamfuge. — Zur Beobachtung wurde die Patientin zur Charité*) geschickt, wo man am folgenden Tage fand, dass die noch nach der Reposition bestandene Retroversion sich spontan zurückgebildet hatte. Die Frau liess den Harn ohne Beschwerden. Im Introitus vaginae fand sich nur eine kleine Wulst; rings um die Portio war das vergrösserte Corpus und oberhalb der Symphyse der Fundus uteri fühlbar.

Verläuft nun die Schwangerschaft bis zum rechtzeitigen Ende, wie es unter unseren Fällen 8 Mal geschah, so hat sie zuweilen „in sofern ungünstige Resultate, als in einer beträchtlichen Anzahl von Fällen die Kinder todt zur Welt kommen.“ (M. Litten).

Während also, wie wir sehen, im Ganzen genommen, der Einfluss, den der Prolaps auf die Schwangerschaft ausübt, kein so verderblicher ist, als man erwarten sollte, verhält es sich beim Geburtsvorgang anders. Für diesen bestehen beim Vorfall sehr viele Gefahren. Eine Hauptgefahr liegt zunächst in der Unnachgiebigkeit des Muttermundes und in der dadurch nicht selten verursachten Verzögerung der Geburt. Bei Unnachgiebigkeit des Orificium externum kann durch die Wehen und ganz besonders durch die Bauchpresse, Scheide und Uterus tiefer und zur Vulva heraustreten. In einem Falle, den ich beobachtete (Seite 36) trat durch die Wehen und ganz besonders durch das unvernünftige Pressen der Frau der schon bestehende Prolaps noch stärker hervor, so stark, dass, als ich hinzukam, die ganze Vagina und das untere Uterinsegment mit dem kindlichen Schädel vor den äusseren Genitalien lag. — Es sei hier bemerkt, dass der Nachweis eines Kindestheils in den prolabirten Theil des Uterus nach V. Hüter überhaupt nur erst während der Geburt bis jetzt hat geschehen können. — Beseitigt man das Hinderniss von Seiten des indurirten Gewebes nicht durch künstliche Erweiterung des Mutter-

---

*) Journal d. Charité XV. Seite 38.

mundes, so können nicht allein gefahrbringende Einrisse des Muttermundes entstehen, sondern auch noch Quetschungen, Gangrän, ja sogar Ruptur und circuläre Abtrennung des prolabirten unteren Uterinsegments eintreten. Dies ist schon längst von Fasola, Dufour*), Houghton**) beobachtet und durch Gusserow***) bestätigt worden; auch Fritsch betont das Vorkommen dieser Eventualitäten. —

Als Gründe für die langsame Erweiterung des Muttermundes, trotz regelmässiger Wehenthätigkeit, werden verschiedene Umstände angegeben.

Scanzoni †) z. B. betont die bereits oben von uns beschriebenen Gewebsveränderungen, welche seiner Ansicht nach in vielen Fällen insofern einen Grund zur Geburtsverzögerung abgeben, als die Wehenkräfte nicht hinreichen, den Widerstand von Seiten des indurirten Gewebes zu überwinden, wie wir dies in unserem bereits öfters erwähnten Falle Seite 36 sehen.

Andere sehen in der allgemeinen Lageveränderung der Organe des kleinen Beckens, wodurch der Einfluss der Bauchpresse theilweis verloren geht, besonders da der prolabirte Uterus ja seinen regelmässigen Stützpunkt in der Bauchmuskulatur verloren hat, ein ätiologisches Moment für die Geburtsverzögerung. Noch andere Autoren wie Hohl ††) legen Gewicht auf das Fehlen des Fruchtwassers zwischen Kopf und Eihäuten, so dass die Muskelfasern des Uterus nicht im Stande seien, ihre volle Kraft auszuüben.

Wie dem nun auch sein mag, Thatsache ist, dass die Geburtsvorgänge beim prolabirten Uterus nicht selten er-

---

*) Revue méd. 1835 December. cf. Scmidt's Jahrbücher Bd. XI. Seite 308.

**) The Dublin Quarterly Journal of medical science. Vol. XV. Febr. and May 1853 pag. 308.

***) M. f. G. Band XXI. Seite 106.

†) Lehrbuch der Geburtshülfe. Wien 1855. Seite 445.

††) Lehrbuch der Geburtshülfe. Leipzig 1855. Seite 657.

hebliche Verzögerungen erfahren, wie wir dies auch in 2 unserer Fälle sehen, bei denen die Geburt sich über 30 Stunden hinzog.

In den meisten Fällen aber, besonders wenn die übrigen Verhältnisse günstig sind, machen die mit Vorfall behafteten Frauenschwangerschaft und Geburt nicht bloss ein, sondern auch mehrere Male ohne auffallende Störungen durch, wie dies auch L. Mayer*) ausdrücklich hervorhebt. Auch durch 2 unserer Fälle können wir dieses bestätigen. Beide Frauen hatten den Prolaps gleich nach der ersten Niederkunft bekommen, die eine machte darauf 4 die andere 9 Mal Schwangerschaft und Geburt ohne besondere Störung durch.

Es erhellt aus den obigen Ausführungen, dass **die Prognose** verschieden sein wird, je nach den ätiologischen Verhältnissen und je nach dem Grade und der Dauer des Uebels.

Ziehen sich die vorgefallenen Theile durch die Erhebung der Gebärmutter von der Becken — in die Bauchhöhle zurück, oder ist der Vorfall reponirt worden, und ist das Gewebe des Scheidentheils nicht indurirt, dann ist die Prognose sowohl für Mutter als Kind durchaus als günstig zu bezeichnen. Für die Frucht ist sie schlecht, wenn die Reposition nicht gelingen sollte und für die Mutter nicht günstig, wenn der etwa retroflectirte Uterus incarcerirt wird.

Bestand der Prolaps lange und ist dadurch eine Induration des Gewebes der Portio entstanden, dann wird, durch die lange Dauer der Geburt, die Prognose für das Kind getrübt; dasselbe gilt auch für die Mutter wegen etwaiger Einrisse in den Muttermund, wegen circulärer Abtrennung desselben, oder wegen Quetschung und Gangrän des unteren Gebärmutterabschnitts. Ist bald ärztliche Hülfe

*) M. f. G. Band XXI. Seite 107.

zur Stelle und werden Einschnitte in den indurirten Muttermund gemacht, so ist die Gefahr einer etwaigen Entzündung doch nicht so gross, wie man etwa meinen könnte, wenn das indurirte Gewebe anämisch ist; denn grade die Anämie macht es wenig geneigt zur Entstehung oder Fortpflanzung einer vielleicht schon vorhandenen localen Entzündung.

Die Behandlung des Gebärmuttervorfalls im Allgemeinen soll hier unsere Aufgabe nicht sein, wir müssen uns vielmehr darauf beschränken diejenigen therapeutischen Massregeln zu schildern, welche anzuwenden sind, wenn dieses Leiden mit Schwangerschaft und Geburt sich complicirt.

Bekommt man eine Frau zur Behandlung, bei der zum Prolaps uteri Gravidität hinzugetreten ist, oder bei der in Folge der Schwangerschaft sich ein Gebärmuttervorfall herausgebildet hat, dann wird man zunächst auf die Fernhaltung aller Schädlichkeiten bedacht sein und besonders darauf achten, dass das Uebel nicht grösser wird und die Schwangerschaft ihr normales Ende erreicht.

Auch die Prophylaxe spielt gerade bei diesen Leiden eine grosse Rolle, indem man die nöthigen Vorsichtsmassregeln treffen lässt, welche es bei schwangeren Frauen, die während früherer Schwangerschaften am Prolaps gelitten, verhindern können, dass wiederum Gebärmuttervorfall sich ausbildet. Besonders wird man alle diejenigen Zustände fern zu halten suchen, welche erfahrungsgemäss ätiologische Momente für Prolaps abgeben, oder schon einmal in dem concreten Falle nachweisbar dieses Leiden hervorgerufen haben. Man wird also der Patientin in der ersten Hälfte der Schwangerschaft möglichste Ruhe und Enthaltung von schweren Arbeiten anempfehlen, ferner alles Drängen, Heben, Tragen, das viele Gehen und Stehen

u. dergl. vermeiden lassen; aber auch ganz besonders alle Hindernisse beseitigen, namentlich solche, welche durch Ansammlung von Urin in der Blase und durch Anhäufung von Fäces im Mastdarm entstehen. Für ihre Entleerung muss durch Clysma und Katheter fleissig gesorgt werden. Um so mehr muss auf die Harnentleerung geachtet werden, da Fälle bekannt geworden sind, bei welchen bei Prol. uteri durch die Harnverhaltung Incarcerationserscheinungen auftraten, die nach Entleerung des Harns durch den Katheter sofort verschwanden. Ich erinnere hier nur an einen solchen Fall, den Gusserow in der hiesigen Klinik beobachtete und den er 1863 in dem XXI. Bande der Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten Seite 101 mitgetheilt hat.

Unter unseren Fällen fand ich 2 Mal Stuhlverstopfung und 3 Mal Harnverhaltung; in dem einen Falle trat wiederholt die Harnverhaltung ein, wodurch die Anwendung des Katheters wiederholt erforderlich wurde.

Derselbe betraf die 23 Jahre alte Frau Joh. L . . .*), die ihre Regel seit dem 18. Jahre ohne Schmerzen hatte. Sie hat zwei Mal geboren, zuletzt 1872 ein lebendes Mädchen; das Wochenbett war normal. — Am 5. August hatte sie die letzte Regel; seit drei Wochen soll sie einen Gebärmuttervorfall bekommen haben, weswegen man ihr ein Pessarium eingelegt hat; gleich nachdem bekam sie Fluor albus. In der vorigen Nacht fühlte sie grosse Schmerzen mit Drängen im Unterleibe.

Patientin kommt am 4. December 1872 in die Klinik wegen Harnverhaltung und heftiger Schmerzen im Schoss. Die Frau ist eine grosse hagere Person. Ihr Leib ist empfindlich, durch denselben ist der Uteruskörper zu fühlen; davor fühlt man einen prallgespannten, bei Berührung schmerzhaften, glatten Tumor, der den Bauchdecken dicht anliegt. In der mässig weiten Scheide liegt ein Meier'scher Gummiring, der indess wenig Beschwerden zu verursachen scheint; seine Entfernung gelingt ohne Schwierigkeiten. — Der nunmehr in die Blase eingeführte Catheter überwindet leicht zwei Hindernisse in tieferen Theilen der Urethra. Es entleeren sich 1600 Cctm. eines hellen, leicht saueren Urins von normalem Gehalt an Salzen u. s. w. und einem specifischen Gewichte von 1,019.

*) Journal der ambul. Klinik XXVII. Seite 72.

5. December. Patientin hat sich vollkommen erholt. Drei Querfinger über der Schamfuge ist durch die Bauchdecken der Fundus uteri zu fühlen. Die Scheidenwand ist aufgelockert; Portio ein kurzer aufgelockerter Zapfen; der Muttermund ist querspaltig und nach hinten gerichtet. Im vorderen und hinteren Scheidengewölbe ist der vergrösserte Uteruskörper zu fühlen. Bei Druck auf den Unterbauch tritt die vordere Scheidenwand in die Rima pud.

7. December. Der Prolapsus ist wieder hervorgetreten und zwar erscheint die vordere Scheidenwand in einer Ausdehnung von 6 Ctm. ausgefallen; vordere Wand ödematös geschwollen. Muttermund erodirt, belegt, liegt an der untersten Spitze der Geschwulst. Das hintere Scheidengewölbe ist $5\frac{1}{2}$ Ctm. lang. Es bestand jetzt ein Prolapsus uteri gravidi mens. IV., ein Prol. vaginae ant. et post. und eine Elongatio Portionis vaginalis.

Es wurde mit Arg. nitr. touchirt, der Prolaps reponirt und ein gestieltes kleines Pessarium eingelegt.

10. December. Patientin hat sich seit dem 7. wohl befunden. Am 9. Abends haben sich wieder die Urinbeschwerden eingestellt; trotz des Pessariums hat die Frau bis heute keinen Harn entleeren können. Bei diesen Versuchen ist heute morgen das Pessarium ausgefallen. — Der Urin wird mittelst des Catheters entleert, sein Volumen 1575 Cctm. klar und gelb, das spec. Gew. 1,015. — Die vordere Scheidenwand ist etwas herabgetreten, Scheidentheil, jetzt ein wulstiger Zapfen, erscheint weniger tiefstehend im Becken, ist höchstens $2\frac{1}{2}$ Ctm. lang; ringsherum ist der ausgedehnte Gebärmutterkörper, der nicht retroflectirt ist, zu fühlen. Portio mit eitrigem Schleim bedeckt; Erosionen ad os.

Es wurde mit Cupr. sulf. touchirt, mit Aq. plumbi Einspritzungen verordnet und die Patientin zur Beobachtung nach der Charité*) geschickt, wo sie die ruhige Seitenlage innehielt und schon nach kurzer Zeit entlassen wurde, da weder der Vorfall noch die Harnbeschwerden sich wieder einstellten.

Am 15. April 1873 treffen wir die Frau wieder in der Klinik, wo man in den grossen Labien Varicositäten fand. Die vordere Scheidenwand war gewulstet, die Portio ein dicker Zapfen, deren vordere Hälfte fast ganz in der Ausdehnung des unteren Gebärmutterabschnitts hineingezogen erscheint. Der Muttermund ist anscheinend nicht ganz geschlossen. Der Kopf liegt in I. Schädellage vor.

Es versteht sich von selbst, dass man bei Prolapsus uteri gravidi die Reposition machen wird. Namentlich

*) Journal der Charité XII. Seite 227.

dann ist man verpflichtet diese vorzunehmen, so lange die Schwangerschaft noch in den ersten Monaten steht, der Uterus also von selbst die Elevation noch nicht hat vollziehen können.

Auch schon deshalb ist zu reponiren, damit die der Luft und anderen Schädlichkeiten ausgesetzte Portio nicht hypertrophirt und indurirt, was die Prognose bei der Geburt trübt. Eine Rückbildung des etwa vorgefallenen, verlängerten Scheidentheils kommt zuweilen spontan vor, wie wir dies einmal sahen, besonders dann, wenn es mehr eine acute oder chronische ödematöse Schwellung ist, wie dies in einigen Fällen von E. Martin*) und Gusserow**) gesehen worden ist. Die Rückbildung der Hypertrophie erfolgt in anderen Fällen unter Anwendung der Antiphlogose oder der Adstringentien, besonders dann, wenn eine Endometritis colli die Veranlassung war.

Bei der Reduction des vorgefallenen Uterus hat man denselben in der einen oder anderen Beckenhälfte sanft in die Höhe zu schieben; man könnte sonst sehr leicht dadurch, dass man den Uterus gegen das Promontorium andrückt, die oft schon bestehende Retroversion in eine Retroflexion umwandeln und dadurch möglicherweise die Geburt einleiten.

Besteht aber schon eine Retroversion oder ist ja eine Retroflexio uteri gravidi eingetreten, dann muss mit besonderer Vorsicht reponirt werden. Es ist vor allen Dingen dann rathsam, vorher mit dem Katheter den Harn zu entleeren, wie dies in unserem Seite 22 beschriebenen Falle geschah, wonach die Reduction ausserordentlich leicht gelang. Ist das hintere Scheidengewölbe noch in grösserer Ausdehnung erhalten, dann wird man von hier aus, wie in einem Falle, reponiren. Hierzu eignet sich übrigens ganz besonders gut die Seitenlage, welche auch

*) M. f. G. Bd. XX. 1862.

**) Ebendaselbst.

stets in der hiesigen Klinik bei der Reposition retroflectirter Uteri zur Anwendung kommt. In seltenen Fällen kann man auch von der Knie-Ellenbogen-Lage Gebrauch machen; es sind mehrere in dieser Lage reponirte Fälle in der Literatur mitgetheilt, unter anderen von E. Martin in seinen Neigungen und Beugungen der Gebärmutter u. s. w. Berlin 1866. Seite 228, 229.

Ueber die Mittel, den Uterus in der durch die Reduction ihm ertheilten Lage zu erhalten, gibt es verschiedene Ansichten. — Manche Autoren z. B. v. Siebold, O. v. Franqué widerrathen die Einlegung eines Pessariums, weil sie fürchten, dass der durch dasselbe auf das untere Uterinsegment ausgeübte Reiz Abortus oder Frühgeburt hervorrufen möchte. Diese Autoren empfehlen daher zur Fixirung des Uterus einen mit den nöthigen Mitteln, Oel u. dergl. bestrichenen und mittelst einer T-Binde zu befestigenden Schwamm. Doch ist der Gebrauch desselben ganz entschieden zu widerrathen. Ueberhaupt thäte man gut daran, Schwämme in der geburtshülflichen Praxis ganz zu vermeiden, weil sie die Zersetzung der Scheiden — und Gebärmuttersecrete befördern.

V. Hüter ist ganz entgegengesetzter Ansicht als die vorhergenannten Autoren. Er hat trotz des fleissigsten Nachsuchens nirgends einen Fall angegeben gefunden, bei dem Abortus oder Frühgeburt in Folge des Einlegens eines Pessariums eingetreten ist; namentlich behauptet er, dass, falls schon vor Eintritt der Schwangerschaft Pessarien angebracht gewesen sein, diese ohne Nachtheil auch später liegen gelassen werden können. Auch aus M. Litten's Zusammenstellungen ergiebt sich, dass in den meisten Fällen die Schwangerschaft bis zum rechten Ende fortgeführt worden ist, trotz Einlegens eines Pessariums.

Wenn nun auch unter unseren Fällen sich keiner findet, bei dem in Folge der Einlegung eines Pessariums der Abort

oder die Frühgeburt erfolgt wäre, und auch nach den vorhin erwähnten statistischen Angaben das Einlegen desselben von keinem so grossen Nachtheil für den Verlauf der Schwangerschaft zu sein scheint, so wird man dennoch immer zuerst versuchen müssen, ob nicht auf eine andere Weise der Prolaps zurückzuhalten wäre. Es genügt oft schon nach der Reposition die Beobachtung der Ruhe, eine Zeit lang ruhiges Liegen, die Enthaltung von anstrengenden Arbeiten, das Vermeiden des vielen Gehens und Stehens, die Sorge für regelmässige und leichte Stuhlentleerung u. s. f. den Vorfall nicht wieder zum Vorschein kommen zu lassen, wie wir dies bei mehreren unserer Fälle sehen, freilich musste bei einigen 2 Mal reponirt werden.

Sollte auf diese Weise der Vorfall nicht zurückgehalten werden und entständen durch das fortwährende Prolabiren des Uterus grosse Beschwerden und Gefahren für die Frau, dann wäre es allerdings gerathen, seine Zuflucht zu Pessarien zu nehmen, doch ist es durchaus nicht gleichgültig, welches Pessarium man anwendet. Es empfiehlt sich z. B. nicht, das von manchen Gynäkologen zuweilen noch in Gebrauch gezogene von Zwanck angegebene Hysterophor*) einzulegen.

Nach E. Martin's Angabe bewährt sich am häufigsten ein gestieltes Pessarium vortrefflich; denn der mit Firniss überzogene Stiel hindert die Umlagerung des Ringes und damit das Herausgleiten bei Stuhlentleerungen. Reinigende Einspritzungen mit Aq. picea oder Creosot sind unerlässlich und nach 3,6" und mehr „Monaten muss das Pessarium entfernt werden (E. Martin). — Wir meinen hier unter Einspritzung nicht die in Form eines Strahles, sondern nur das Bespülen, das Berieseln mit einem siebförmig durchlöcherten Mutterrohr. Diese Art der Einspritzung führt

*) A. Fliegel, Dissertatio de hysterophoro Zwanckii adhibendo et adhibito. Gryph. 1860.

niemals die Frühgeburt herbei. Die einzuspritzende Flüssigkeit muss Zimmertemperatur haben. — Besteht gleichzeitig eine Retroversion, dann ist die Anwendung des Hodgeschen Pessariums zu empfehlen.

Es giebt aber Fälle, bei denen man den Prolapsus uteri gravidi nicht reponirt halten kann, weil z. B. die Vulva zu weit klafft, wie dies in Folge eines schlecht verheilten Dammrisses vorkommt. In einem solchen Falle bleibt einem alsdann nichts anderes übrig, als dass man die Schwangere eine den Suspensorien ähnliche Binde tragen lässt oder eine mittelst einer T-Binde genau dem Damme anzudrückende Compresse anwendet. — Sehr empfehlenswerth ist auch eine mit flacher Kautschuckblase versehene Pelotte, die auf einer T-Binde zu tragen ist (E. Martin).

Sollte der etwa retroflectirte, vorgefallene Uterus incarcerirt werden und gelänge es nicht, denselben, trotz mehrfacher Repositionsversuche, zu reponiren, dann wäre im Interesse der Mutter der Abortus einzuleiten. Treten aber zu einem prolabirten Uterus, der nicht zu reponiren ist, keine Complicationen hinzu, dann wäre es unverantwortlich, den Abort oder die Frühgeburt künstlich herbeizuführen.

Sobald die Schwangerschaft ihr normales Ende erreicht hat und die Wehen begonnen haben, untersage man alles Drängen und Pressen von Seiten der Kreissenden. Die Blase sprenge man, bei noch nicht erweitertem Muttermunde, nicht, damit sie zur Erweiterung desselben beitragen könne und falls keins von den oben erwähnten Hindernissen vorliegt, überlasse man die Austreibung der Frucht der Natur.

Die Nachgeburt ist durch sanften Druck zu entfernen, wie dies in zwei unserer Fälle geschah. Sollte sie auf diese Weise nicht entfernt werden können, dann ist sie mit der Hand zu lösen. Vor allen Dingen ist ihre Entfernung niemals mittelst Zuges an der Nabelschnur zu bewerkstelligen, denn es könnte Vermehrung des Prolaps oder gar Inversio uteri die nothwendige traurige Folge davon

sein. — Es ist ja überhaupt der Zug an der Nabelschnur, wovon manche traurige Folgen in der Literatur zur Genüge sich finden, zu unterlassen. Ich will nur hier an einen solchen Fall erinnern, bei dem in Folge dessen Prolapsus entstand: Foster*) hatte bei einer zum 6. Male Entbundenen behufs Entwicklung der Placenta mässig am Nabelstrang gezogen; plötzlich fiel die die Placenta enthaltende Gebärmutter bis zwischen die Schenkel herab. Nach Entfernung der Placenta wurde reponirt und der Vorfall blieb beseitigt.

Ein solcher Fall, bei dem die Placenta auf Druck nicht kam, in Folge dessen mit 2 Fingern in den Uterus eingegangen wurde, ist der zuletzt am 10. August 1875 in der Anstalt beobachtete, bei dem noch eine Evolutio spontanea der nicht ausgetragenen Frucht zu Stande kam.

Es war dies die 27jährige, aus Fraustadt gebürtige Frau M . . .**), die als Kind gesund gewesen sein will und erst vom 18. Jahre an regelmässig mit einleitenden Schmerzen menstruirt worden ist. Vor 13 Monaten gebar sie zum ersten Mal und zwar leicht; im Wochenbett war sie gesund und stand schon am vierten Tage auf. Bis vor zwei Monaten stillte sie. — Bald nach der Entbindung stellte sich, angeblich in Folge eines Falles, ein Vorfall geringen Grades ein, der sich nach einiger Zeit wieder verlor, sich aber vor fünf Wochen nach anstrengendem Waschen wieder einstellte. — Sieben Monate nach der Entbindung (Ende Januar) stellte sich die Regel wieder ein und soll seitdem regelmässig gewesen sein bis zum 5. Mai — Patientin glaubt sich seit Ende April schwanger und seit dem Ende desselben Monats soll Erbrechen bestehen. Nach der Entstehung des Vorfalls hatte sie am 8 Juli einen mässigen Blutabgang. Unter Kreuzschmerzen wurde der Prolaps inzwischen immer stärker. Am 31. Juli hatte sie unter mässigem Blutabgang heftiges Drängen.

Nachdem Patientin sich wieder erholt hatte, stellten sich am Abend des 8. August 1875 die ersten Wehen ein und um Mitternacht platzte die Blase. Der hinzugerufene Arzt legte einen Kranz ein, der bis zum Nachmittage des nächsten Tages liegen blieb, wo ihn eine Hebamme entfernte. Seit dem 8. August besteht blutigwässriger Ausfluss.

---

*) Schmidt's Jahrbücher. Band 144.

**) Journal der Schwangeren. XXXIII. Seite 137.

Patientin kommt von einem Arzte hergeschickt am 9. August 8 Uhr p. m. auf den Gebärsaal. — Die kräftig gebaute Person hat einen Leibesumfang von 87 Ctm. Der Muttergrund 18 Ctm. von der Symphyse entfernt, steht einen Querfinger unter dem verstrichenen Nabel. Die Herztöne sind nicht hörbar, dagegen deutlich das Uteringeräusch. — Aus der Scheide sieht ein gut apfelgrosser Tumor, auf dessen oberer Fläche sich der mehrfach eingekerbte, querspaltige Muttermund befindet, an dem sich mehrere groschengrosse Ulcera zeigen. Das hintere Scheidengewölbe ist 5, das vordere 3,5 Ctm. weit erhalten. Der Scheidentheil, dessen Wandungen stark infiltrirt sind, lässt sich rings umschreiben, derselbe ist verlängert. Es besteht ein mässiger Grad von Rectocele. Durch den Muttermund gelangt man in der Entfernung einer Fingerlänge auf leicht verschiebbare anscheinend Kopfknochen.

Um 10 Uhr p. m. war der Cervicalkanal für zwei Finger durchgängig und der innere Muttermund zwei Groschen gross. Man fühlt nach vorn zu eine Extremität liegen, an der man eine Umbiegung deutlich erkennt.

11 Uhr 30 p. m. Im äusseren Muttermund liegt eine Hand. Im inneren Muttermund, der fünf Groschen gross ist, sind die vorher fühlbaren Knochen nicht mehr zu fühlen. Es werden Aufschläge von 4% Carbolöl gemacht.

10. August. Bis gegen 3 Uhr a. m. hat Patientin gut geschlafen, dann entwickelten sich Wehen und um 5 Uhr 45 a. m. wird die Frucht ausgestossen u. z. wird die rechte Schulter tief herabgedrängt, dann nach hinten zu der Rumpf und die unteren Extremitäten geboren, während der Hals zuerst stark ausgezogen wurde, um zum Schluss mit dem Kopfe geboren zu werden. Beim Austritt sah hierbei der Kopf mehr nach links, der Rücken nach rechts und vorn. — Unter der Haut des unreifen todten Mädchens, aus dem V. Monate mit einem Gewichte von 210 Gramm, befinden sich an mehreren Stellen Luftblasen.

Da die Nachgeburt nicht leicht auf Druck folgt, wird zuerst eine grosse Menge Urins mit dem Catheter entleert und dann die Nachgeburt in der Chloroformnarkose und Rückenlage mit 2 Fingern der linken Hand aus dem Uteruskörper, in dem sie gelöst lag, entfernt; sie wog 140 Gramm. — Die Aufrichtung des in der Kreuzbeinaushöhlung retroflectirt liegenden Uteruskörpers gelingt leicht. Der Prolaps wird reponirt, erscheint aber am folgenden Tage wieder, wo er wiederum reponirt wurde und nicht wieder erschien. Das Wochenbett verlief normal.

Tritt der Prolaps während der Geburt ein, dann ist er

einfach zu reponiren und, wenn kein Geburtshinderniss vorliegt, die Geburt sich selbst zu überlassen.

Liegt irgend ein Geburtshinderniss vor, sind die Muttermundslippen dick, rigide, so dass die Eröffnung des Orificium externum uteri nur langsam, oder gar nicht vor sich geht, ist in Fällen von bedeutendem Prolaps das untere Uterinsegment mit dem Kopfe des Kindes, den es wie eine Haube überzieht, aus dem Becken hervorgetreten und bei wenig geöffnetem, gespanntem Muttermunde der Gefahr des Brandes ausgesetzt, so ist zur Verhütung der durch diese Quetschung, oder eine etwaige Ruptur bedingte Lebensgefahr für die Mutter eine Beendigung der Geburt geboten. Dies geschieht am besten beim indurirten Muttermunde durch die blutige Erweiterung desselben. Am zweckmässigsten macht man diese mittelst Jncisionen durch ein geknöpftes Bistouri, dessen Schneide bis etwa 1,5 Ctm. unter dem Knopf mit Heftpflasterstreifen umwickelt ist, oder mit einer Cooper'schen Scheere, wie es in dem von mir beobachteten Falle geschah. Es ist unnöthig sich anderer Instrumente zu bedienen wie z. B. Kaufmann, der es vorzieht, aus Besorgniss die Kopfschwarte des Kindes mit zu verletzen, die Einschnitte mit einer langen, stumpfen, auf den Blättern gekrümmten Scheere, deren Schneiden am oberen Ende sehr scharf sein müssen, auszuführen. Man sehe sich aber vor, dass die Einschnitte nicht zu tief werden, man mache lieber mehrere wenig tiefgehende und lege sie, wie in unserem Falle mehr nach innen, weil sonst die mit vorgefallene Harnblase oder das Rectum mit verletzt werden könnte, falls der Prolaps mit Cystocele oder Rectocele complicirt ist. Da Schmerz und Blutung meistens gering sind, multiple Einschnitte im indurirten Gewebe gewöhnlich nicht weiter reissen, und die bald eintretende Narbenbildung in der Regel für spätere Geburten keine üblen Folgen bedingen, so ist von dieser Operation kein grosser Nachtheil für die Mutter zu befürchten. Sobald

ihre Nothwendigkeit erkannt wird, kann sie daher ohne Bedenken ausgeführt werden. — Sie ist übrigens die beste Methode von allen, die behufs Erweiterung des pathologisch veränderten Muttermundes angegeben sind, besser als die von englischen Autoren ausgeübte sogenannte „counterpressure" (Gegendruck), besser als die Dilatation des Muttermundes mit den Fingern, welche beide Methoden die Gangrän eher begünstigen als verhindern mögen, besser als das völlig erfolglose Einreiben des prolabirten Theils mit eigens dazu verfertigten Salben, wie z. B. Chaussier's Pomade dilatoire, oder das Bedecken mit warmen Umschlägen. — Auch von lang fortgesetzten warmen Douchen der Portio, welche sie weich und hyperämisch machen sollten, hat Fritsch*) keine weiteren Erfolge gesehen, als dass regelmässig Entzündung auftrat.

In unserem Falle, den wir jetzt mittheilen werden, sind, nachdem die Incisionen gemacht, keine Nähte angelegt worden, weil wohl keine Hoffnung vorhanden war, dass die Wunden des veränderten Cervix per primam heilten. Auch V. Hüter, der es einige Male gethan hat, ist aus obigem Grunde dagegen.

Der von mir beobachtete Fall betraf die 35jährige aus Berlin gebürtige Frau S . . ., die mit dem 17. Jahre menstruirt war und jetzt bereits 5 Mal geboren hatte, zuletzt vor fünf Jahren. Gleich nach der ersten Entbindung bemerkte sie einen Vorfall, gegen den sie ein Instrument trug, welches bei den darauf folgenden Schwangerschaften jedesmal entfernt wurde. Das letzte Instrument (Zwanck) machte ihr viele Schmerzen, daher trug sie mehrere Monate keins, worauf sie heftiges Drängen beim Harnen bekam.

Am 5. Januar 1873 kam sie in die Charité**). Es ragte aus der Rima eine gut faustgrosse Wulst, an deren unterem Ende sich der Muttermund befand. Die Muttermundslippen waren zuerst umgeben von einem verdickten Rande und darum ein hufeisenförmiges Ulcus. Die Sonde ging durch die Urethra 6,5 Ctm. in die Geschwulst hinein und ebenso konnte man auch vom Mastdarm aus den

*) K. d. a. g. O., Seite 208.

**) Journal der Charité, Jahrgang 1872—73 Seite 28.

Finger in den Vorfall bringen. Der Damm war 3 Ctm. erhalten, dagegen das hintere Scheidengewölbe nicht. Die Sonde ging in den Uterus, dessen Fundus an normaler Stelle zu fühlen war, in normaler Richtung 14 Ctm. weit hinauf, der Mutterhals allein hatte eine Länge von 9,5 Ctm. — Bei ruhiger Lage und Umschlägen von Cupr. sulf. heilten die Geschwüre bald, so dass am 3. Februar ein gestieltes Pessarium eingelegt werden konnte; dasselbe war freilich zu klein gewählt und musste am folgenden Tage durch ein grösseres ersetzt werden. Die Patientin, aus dem Krankenhause entlassen, kam uns dann aus den Augen.

Am 9. Januar 1875 treffen wir die Frau in der ambulanten gynäkologischen Klinik*) wieder und erfahren, dass sie das Pessarium nicht lange getragen hat. — Bis zum Anfang Juli 1874 hat sie ihre Regel gehabt, von da an ist sie aber schwanger. Der Uterus steht in Nabelhöhe, Herztöne sind hörbar. Aus der Rima sieht eine faustgrosse Wulst mit bläulichrother Farbe. An der vorderen Muttermundslippe ist eine 5 Groschen grosse Erosion.

Die Reposition wurde gemacht und ein gestieltes Pessarium (kleine Nummer) eingelegt und gegen den heftigen Husten, den Patientin hatte, Hustenpulver gegeben. Durch den heftigen Husten fiel aber das Pessarium heraus, so wie einige andere noch grössere Nummern; daher erschien es am zweckmässigsten, die Frau zu Hause eine Zeit lang die ruhige horizontale Rücken- und Seitenlage beobachten zu lassen und ihr gegen den Husten, der besonders des Nachts heftig war, Pulv. Doveri zu geben. — Leider legte sich aber die Frau nicht ruhig zu Hause hin, sondern ging umher.

Am Morgen des 2. Februar 1875 stellten sich nun Wehen ein, die erst gegen Mittag kräftiger wurden und es floss das Fruchtwasser ab. Der Prolaps trat jetzt stärker hervor, weil die Frau stark presste und drängte. Als ich am Abend um 7 Uhr hinzukam, fand ich die Frau etwas erschöpft; die Wehen waren kräftig. Der Fundus uteri stand gut 2 Querfinger über dem Nabel; kleine Theile waren rechts oben zu fühlen, die Herztöne links hörbar. Vorm Introitus vaginae eine kindskopfgrosse Geschwulst von rother Farbe, deren Bedeckungen glatt und glänzend. Während der Wehen, besonders wenn die Frau unvernünftigerweise stark presste, trat die Geschwulst noch stärker hervor, so dass die Scheide vollkommen umgestülpt war. Am unteren Ende des Tumor, 12 Ctm. vom unteren Rande der Symphyse entfernt, ist das Orificium externum uteri, eine mehr als guldengrosse Oeffnung zu sehen, durch welche die blauschwarze Kopfhaut der wenig entwickelten Frucht hervortritt. Die vordere Muttermundslippe

*) Journal der ambul. Klinik, Jahrgang 1874—75.

zeigt eine scharf abgegrenzte, rundliche, ulceröse, halbmondförmige Partie von der Grösse einer Pflaume.

Da der verdickte, harte Saum des Muttermundes völlig unnachgiebig erschien, machte der derzeitige Secundärarzt, Herr Dr. Löhlein vier wenig tiefgehende Einschnitte in denselben mit der Cooper'schen Scheere, wobei Schmerz und Blutung sehr gering war. Als aber die Wehenthätigkeit die Frucht nicht herausbeförderte und der Kopf sich vom Mastdarm aus nicht hervordrücken liess, wurden die Einschnitte etwas vergrössert und zwar mehr nach innen, um die mit vorgefallene Blase und das Rectum nicht mit zu verletzen. Mit dem hakenförmig gebogenen Zeigefinger der rechten Hand wurde nun vom Mastdarm aus um den Kopf, der ja mit der vollkommen umgestülpten Scheide und dem unteren Uterinsegment vor den äusseren Genitalien lag, gegangen und mit ihm auf das Hinterhaupt gedrückt, während von aussen ein sanfter Druck auf den Fundus uteri ausgeübt wurde. So gelang es, ein unausgetragenes Kind aus dem 7. Monate der Schwangerschaft in I. Schädellage zu entwickeln, welches 2 Stunden nach der Geburt verstarb.

In der Nachgeburtsperiode wurde Secale verabreicht. Es folgte 15 Minuten nach Austreibung des Kindes die Nachgeburt leicht auf Druck.

Um besser zu den Wunden kommen zu können, wurde der Uterus nicht gleich reponirt. Trotzdem nun gleich nach der Entbindung Umschläge von Carbolsäure auf die Wunden gemacht wurden, hatten sie schon am dritten Tage käsigen Belag, der aber dem Arg. nitr. bald wich. Das Wochenbett verlief sonst normal. Der Uterus bildete sich sehr langsam zurück, so dass er noch 25 Tage nach der Entbindung eine Länge von 17,5 Ctm. hatte. — Die Patientin kam dann nach der Charité, weil sie, trotz des Verbots das Bett zu verlassen, aufgestanden war und durch die Reibung der Schenkel und der Kleidungsstücke mehrere Ulcerationen, an dem durch das Aufstehen wieder hervorgetretenen Prolapsus, bekommen hatte. Die unruhige Frau verliess aber bald das Krankenhaus und wir haben von ihr nichts wieder erfahren können.

Sollte trotz gemachter Incisionen das Kind bei Kopflagen dennoch nicht geboren werden und sich der Kopf vom Mastdarm aus, in der in unserem Falle vorhin beschriebenen Weise nicht herausdrücken lassen, dann möchte es rathsam sein — aber erst nach gemachten Incisionen — die Zange anzulegen oder, wie Kilian es will, die Wendung auf die Füsse zu machen. Die Extraction mit der

Zange ist aber wohl der Wendung auf die Füsse vorzuziehen, denn die Entwicklung des nachfolgenden Kopfes macht oft unter diesen Umständen grosse Schwierigkeiten und durch die lange Dauer derselben wird dann das kindliche Leben geopfert. — So erzählt Fritsch*) einen Fall bei Prolaps mit rigidem Muttermunde, bei dem die Extraction an den Füssen sehr schwierig war und namentlich die Entwicklung des Kopfes des etwa 6 Monate alten Fötus, trotz gemachter Incisionen, nicht weniger als eine halbe Stunde in Anspruch nahm. In einem anderen von ihm erwähnten Falle,**) bei welchem er ebenfalls an den Füssen extrahirte, dauerte die Entwicklung des Kopfes so lange, dass das kindliche Leben geopfert wurde.

Während der einzelnen Tractionen mit der Zange ist die Fexirung des prolabirten Uterus durch Gehülfen, wie in unserem Falle Seite 40, nöthig, damit er nicht noch mehr vorfalle.

Selbstverständlich werden alle diejenigen Momente, welche auch bei nicht bestehendem Vorfall eine Indication zur Zange — beziehungsweise zur Wendung — abgeben, auch beim Prolaps uns Veranlassung geben müssen, zu dieser Operation unsere Zuflucht zu nehmen. Dies gilt ganz besonders dann, wenn die Muttermundslippen ödematös anschwellen und diese Anschwellung kann zuweilen einen unglaublichen Umfang annehmen. Der Kindskopf drückt in einem solchen Falle gewaltig auf das untere Uterinsegment und es kann, wenn die Kunst die Geburt nicht beendet, die Folge davon Perforation und Ruptur sein. — Winkel***) theilt einen Fall mit, den er am 9. Juli 1866 beobachtete, bei dem die vordere Muttermundslippe in und vor den äusseren Genitalien lag und bis zu der Grösse

---

*) l. c. 1875 Seite 207.

**) l. c. Seite 207, 208.

***) Winkel: Klinische Beobachtungen zur Pathologie der Geburt. Rostock 1869.

einer Faust oedematös angeschwollen war. Er legte den Forceps an den fest im kleinen Becken, quer in 2 Schädelstellung, stehenden Kopf an und extrahirte ohne grosse Mühe einen starken lebenden Knaben.

Auch in der hiesigen geburtshülflichen Anstalt war Gelegenheit, einen solchen Fall zu beobachten, bei dem eine faustgrosse Geschwulst, die oedematös angeschwollenen Muttermundslippen, vor den äusseren Genitalien lagen.

Es war dies eine Buchhändlerfrau Oe...*), eine XII. para von 40 Jahren, die aus Marienwerder gebürtig war. Als Kind war sie gesund gewesen, vom 17. Jahre an fast regelmässig menstruirt. Sie gebar bisher 11 Mal, doch nur das erste Kind war ausgetragen, die übrigen 10 wurden bereits in 6—8 Monaten geboren, unter diesen ein Mädchen, welches noch jetzt am Leben erhalten ist. Nach der ersten Entbindung bekam sie einen Scheiden- und Gebärmuttervorfall. — Seit dem Anfang October 1869 ist sie schwanger (in dieser Zeit hatte sie die Regel zum letzten Mal); vor drei Monaten fühlte sie die ersten Kindsbewegungen; sie war bis auf Schlaflosigkeit sonst in der Schwangerschaft wohl. Gegen den Vorfall hat sie bis jetzt, bis zum Blasensprung, ein Pessarium (Zwanck'sches) getragen, nach dessen Entfernung der Vorfall wieder zum Vorschein kam. — Die Wehen begannen angeblich erst nach dem Blasensprunge am 30. Juni 1870 Abends, wurden dann kräftiger und bewirkten sehr bald eine Anschwellung der Muttermundslippen, weshalb zu einem Arzte geschickt wurde, der den Transport der Kranken nach der Anstalt veranlasste, woselbst sie am 2. Juli 1870 um 5 Uhr Morgens ankam; die Untersuchung ergab folgendes:

Das kräftig gebaute Individuum sieht sehr collabirt aus, der Puls ist klein und unregelmässig, der Leib ein wenig empfindlich. Kleine Theile waren rechts, grosse links zu fühlen. Ueber der linken Weiche fühlte man die gefüllte Harnblase. Die Herztöne des Kindes, 136 in der Minute, waren links hörbar. Beckenmasse: Sp. 28, Cr. 31, Tr. 34. Conj. ext. 20,5.

Vor der Schamspalte findet sich eine faustgrosse, bläulichrothe, elastische Geschwulst, welche während der Wehen an Umfang zunimmt, ausserhalb derselben sich aber unschwer und fast vollständig reponiren lässt. Der in die Urethra eingeführte Katheter dringt nicht in die Geschwulst ein. Beim tiefern Eindringen in die Scheide gelangt

*) Journal der Schwangeren XXI. Seite 87.

man unmittelbar hinter der Geschwulst auf den vorliegenden, noch sehr hochstehenden Kopf, an welchem die Pfeilnaht vollständig quer verläuft und links die kleine, rechts die grosse Fontanella constatirt werden kann. Hinter dem Kopfe kommt man an eine quer und halbmondförmig bis zur vorderen Geschwulst sich hinziehenden anderen Geschwulst, der angeschwollenen hinteren Muttermundslippe. Der hoch in das Rectum hinaufgeleitete Finger dringt nicht in dieselbe ein.

Die Wehen sind kräftig, die angeschwollenen Muttermundslippen sehr empfindlich, Patientin verlangt dringend, dass dieselben während der Wehen zurückgehalten werden. Sie hat bereits mehrere Male gebrochen. Der Befund machte eine sofortige Beendigung der Geburt nöthig:

1. Weil ein längeres Zaudern die Anschwellung der Lippen vermehrt oder zur Gangrän geführt hätte.

2. Der Allgemeinzustand der Mutter dieselbe erforderte: kleiner unregelmässiger Puls, mehrmaliges Erbrechen.

3. Eine spontane Entwicklung des Kindes stand nicht zu erwarten; 32 Stunden waren seit dem Blasensprunge vergangen.

Weil das Kind lebte, die Beckenverhältnisse günstig waren, war nicht die Perforation und Kephalotripsie sondern die Zange, mindestens aber ein Versuch, dieselbe zu appliciren und da der Kopf, wenn auch noch hoch, so doch mindestens schon im Beckeneingang festgestellt, auch nicht die Wendung indicirt.

Nachdem die Kreisende chloroformirt worden, wurde der Forceps vom Geh. Rath Prof. Dr. E. Martin angelegt, dies geschah im linken Durchmesser. Die Extraction wurde in der Wehe ausgeführt, dass die natürlichen Drehungen des Kopfes nachgeahmt wurden. Beim Herabziehen des Kopfes trat der untere Gebärmutterabschnitt aus dem Scheideneingang heraus und mussten die Lippen vom Assistenten zurückgehalten werden. Beim Durchschneiden des starken und breiten Caput war ein Einriss in dem geschwollenen Muttermunde unvermeidlich; seine Tiefe war aber nicht besorgnisserregend. Das Kind, ein sehr kräftiger Knabe, ward bald zum ruhigen Athmen gebracht. Sein Gewicht betrug 3908 Gramm, die Länge 34—53, die Breite der Schultern 12 und der Trochanteren 10,5 Ctm. Die Kopfmasse: V. Q. 8, H. Q. 10,2, G. 12,6, Gr. Schr. 13,3, Kl. Schr. 11,7, V. H. 8,5, H. H. 7, Kopfumfang: der grosse 38, der kleine 36 Ctm.

Die Nachgeburt lässt sich durch äusseren Druck entfernen und wog 560 Gramm. Der Eihautriss 17 und 32 Ctm., Häute verklebt; Nabelschnur 68 Ctm. lang, seine Insertion 8 und 9 Ctm. vom Rande der Placenta entfernt.

Der Uterus wurde reponirt. Das Wochenbett verlief normal, so dass

die Frau am 9. Tage schon nach Hause entlassen zu werden verlangte. Diesem Wunsche wurde denn auch entsprochen, zuvor ihr aber ein gestieltes Pessarium eingelegt.

Sollte in einem solchen Falle, wie der eben mitgetheilte, das Kind bereits abgestorben sein, oder die Beckenverhältnisse ungünstig sein und die Wendung auf die Füsse nicht mehr ausführbar, oder bei einer Gesichtslage mit dem Kinn nach hinten, wobei die Umwandlung in eine Schädellage, oder die Drehung des Kinnes nach vorn, oder die Wendung nicht gelingen, dann läge es entschieden im Interesse der Mutter die Perforation und Kephalotripsie zu machen. Es sind freilich nur 3 Fälle in der Literatur bekannt geworden, bei denen diese Operation bei Prolapsus uteri gravidi ausgeführt worden ist und zwar mit günstigem Ausgange für die Mutter.

Nach der Geburt ist die vorgefallene Gebärmutter zu reponiren. Die Frau hat das Wochenbett möglichst lange zu hüten. Sollte ein Descensus oder Prolapsus uteri nach dem Aufstehen wieder eintreten oder befürchtet werden, dann ist ein passendes gestieltes Pessarium einzulegen, wie in dem zuletzt mitgetheilten Falle.

Mit Freuden erfülle ich am Schlusse dieser Arbeit die angenehme Pflicht, meinen hochverehrten Lehrern, dem Herrn Geheimrath Prof. Dr. E. Martin für die Ueberlassung des klinischen Materials, sowie dem Herrn Dr. A. Martin für die vielseitige und freundliche Unterstützung, die er mir bei der Anfertigung dieser Arbeit zu Theil hat werden lassen, meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Vita.

Verfasser Otto Karl Heinrich Krause, evangelischer Religion, geboren am 14. Februar 1852 zu Bethanien im Oranje-Vry-Staat (Süd-Africa), besuchte bis zu seinem vierzehnten Lebensjahre erst die Stadtschule und dann das Grey College zu Bloemfontein, der Hauptstadt des Oranje-Vry-Staats. Nach seiner Ankunft in Berlin, die im Herbst 1866 erfolgte, besuchte er das Louisenstädtische Gymnasium, auf dem er seine Schulbildung im Herbste 1871 vollendete. Am 28. October 1871 bezog er die Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin, um sich dem Studium der Medicin zu widmen. Er bestand am 17. Januar 1874 das Tentamen physicum, am 10. Juli 1875 das Tentamen medicum und 23. Juli d. J. das Examen rigorosum und hofft, nachdem er die vorliegende Arbeit der Medicinischen Facultät vorgelegt, als der erste von Allen, die im Oranje-Vry-Staat geboren, die Doctorwürde in der Medicin und Chirurgie zu erlangen. Er genoss auf der Universität den Unterricht folgender Herren: Bardeleben, du Bois-Reymond, Bose, Braun, Dove, Evald, Fassbender, Fraentzel, Frerichs, Hartmann, Helmholz, Henoch, Hirsch, Hofmann, v. Langenbeck, Liebreich, Martin, Mendel, Orth, Pinner, Reichert, Senator, Schneider, Schweigger, Traube, Virchow, Waldenburg.

Allen diesen verehrten Lehrern spricht Verfasser seinen wärmsten Dank aus.

Thesen.

1. Während der Geburt sind bei Prolapsus uteri gravidi Einschnitte in den indurirten unnachgiebigen Muttermund unerlässlich.
2. Eine eingreifende Behandlung bei der croupösen Pneumonie ist zu verwerfen.
3. Bei dehnbarem osteomalacischem Becken liegt eine absolute Indication zum Kaiserschnitt oder zur Perforation und Kephalotripsie nicht vor.
4. Von den Methoden, die zur Heilung von Aneurysmen durch Ligatur angegeben sind, verdient die Methode der »directen Unterbindung« den Vorzug.